

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 Novembre 1892, à 1 heure

PAR

Alexandre BASSO

Né à Mercury-Gemilly (Savoie), le 1^{er} Octobre 1864

Ancien Externe des Hôpitaux

Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Denis.

LES

THYROÏDITES AIGÜES

Président : M. LE DENTU.

*Juges : MM. { LE FORT, professeur.
NÉLATON et CHARRIN, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LES

THYROÏDITES AIGÜES

THYROÏDITES AIGÜES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 Novembre 1892, à 1 heure

PAR

Alexandre BASSO

Né à Mercury-Gemilly (Savoie), le 1^{er} Octobre 1864

Ancien Externe des Hôpitaux

Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Denis.

LES

THYROÏDITES AIGÜES

Président : M. LE DENTU.

Juges : MM. { LE FORT, professeur.
NÉLATON et CHARRIN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	N.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTIERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

—

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

La thyroïdite est l'inflammation de la glande thyroïde normale. On doit réserver le nom de strumite à l'inflammation de la glande thyroïde déjà modifiée, ayant subi une dégénérescence cystique ou colloïde, en un mot à l'inflammation du goître.

Cette distinction très importante au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie n'a pas été faite par tous les auteurs ; et sous la désignation commune de thyroïdite, on voit généralement confondues toutes les inflammations de la glande thyroïde normale ou dégénérée.

Tandis que la thyroïdite est si rare qu'elle a été niée par les auteurs les plus compétents, la strumite au contraire s'observe assez fréquemment dans les pays où le goître est endémique (1)

C'est une des affections infectieuses les plus intéressantes qu'on puisse étudier. Son importance au point de vue de la pathologie générale des maladies infectieuses, a été mise en lumière par Kocher qui insiste sur le rôle prépondérant du canal intestinal comme source d'infection. Nous verrons en effet qu'une des formes les plus fréquentes est la thyroïdite typhique.

Il est bon d'ajouter qu'en raison de sa structure glan-

(1) A la vérité cette distinction que nous venons de faire peut paraître artificielle en clinique car il n'est pas toujours facile d'établir d'une façon certaine en présence d'une inflammation du corps thyroïde si l'on a à faire à un organe absolument sain auparavant.

dulaire, sans canal excréteur, sans communication avec la peau ni avec les muqueuses, le corps thyroïde occupe dans l'organisme une position exceptionnellement favorable à l'étude des infections d'origine hématique.

Nous avons observé dans le service de notre maître Landouzy un cas de thyroïdite aiguë dont nous donnons plus loin l'observation complète. La rareté du fait et l'intérêt qui s'attache à tout ce qui peut contribuer à éclaircir les manifestations physiologiques et pathologiques de la glande thyroïde nous ont engagé à passer en revue les travaux qui ont été publiés sur cette affection, à en dégager la physiologie clinique, et surtout à en mettre en relief l'étiologie qui il y a quelques années était encore tout-à-fait inconnue.

Tel est l'objet de notre thèse.

Qu'il nous soit permis, au terme de nos études médicales d'obéir à un profond sentiment de respectueuse reconnaissance qui nous fait un devoir de remercier publiquement tous les maîtres, qui, par leurs leçons, leurs conseils et leurs exemples ont dirigé notre éducation dans la vraie voie scientifique. Que M. le Dr Landouzy daigne agréer l'expression de notre vive gratitude : nous garderons le plus profond souvenir de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et de l'enseignement si précieux dont il a bien voulu nous faire profiter. Nous devons un souvenir tout particulier à la mémoire de notre maître Trélat.

Nous ne saurions oublier tous nos autres maîtres dans les hôpitaux, dont nous avons suivi l'enseignement en qua-

lité d'externe ou de stagiaire : M. le professeur Pinard, M. le Dr Besnier, MM. les Drs Segond, Richelot, Peyrot, Walther, Picqué, chirurgiens des hôpitaux, MM. les Drs Feltz, Leroy-des-Barres de l'hôpital de St-Denis.

Enfin que M. le Dr P. Thierry veuille bien agréer le témoignage de notre vive reconnaissance pour les précieux conseils et la bienveillante sympathie qu'il nous a témoignée dès le début de nos études.

L'enseignement de tous ces maîtres sera le guide le plus sûr de notre carrière médicale.

HISTORIQUE

Nélaton écrivait en 1854 dans son traité de pathologie chirurgicale : « L'inflammation pure et simple de la glande thyroïde est une affection extrêmement rare et dont on chercherait vainement dans les auteurs une description complète ». Cette lacune existait encore il y a quelques années. Elle a été comblée depuis par A. Broca, qui a publié dans le Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus une étude remarquable de la question.

Ce n'était pourtant pas faute d'observations ainsi qu'on pourra en juger par notre index bibliographique et par la rapide revue que nous allons faire.

On trouve déjà au siècle dernier (1713) une observation de Mauchart sur un cas de thyroïdite terminée par suppuration. En 1807, Zipp décrit dans le Journal de Sichold une thyroïdite terminée par gangrène. Baillie en 1812 publie une observation de thyroïdite où le malade a péri suffoqué par l'ouverture de l'abcès thyroïdien dans la trachée. Carron en 1815 communique, au Journal de Sédillot, quatre observations : trois chez des femmes âgées, la quatrième chez un homme également avancé en âge. Walther en 1817 relate trois observations de thyroïdite aiguë. Hedenus publie en 1822 un *Tractatus de glandula thyroïde*, ouvrage où la thyroïdite est traitée très sommairement, mais d'une manière plus complète que dans les travaux qui ont paru dans la suite sur le même sujet.

Hupeden en 1823 publie également un mémoire intitulé : « *De affectionnibus inflammatoriis glandulae thyroïdeae* ». Gutrie en 1843 rapporte dans la *Mediz. Zeitung von Preuss* une observation de thyroïdite terminée par suppuration. Lœwenhart en 1844 édite dans les *Arch. de médecine* une observation de thyroïdite terminée par gangrène.

On trouve dans la *Gaz. des Hôpitaux* pour l'année 1849 une observation de thyroïdite recueillie dans le service de Cruveilhier.

C'est en 1857 qu'a été publiée la première description exacte et presque complète de la maladie. Bauchet publie dans la *Gazette hebdomadaire* un mémoire basé sur 5 observations. D'après lui cette affection n'est pas très rare : « il est peu de chirurgiens, dit-il, à qui il n'ait été donné de la rencontrer plusieurs fois ». Faisons remarquer en passant que Bauchet englobe dans sa description et la thyroïdite proprement dite et la strumite. En 1862, Lebert publie un mémoire beaucoup plus considérable, basé sur 50 observations. Il serait injuste de ne pas ajouter que déjà avant le mémoire de Bauchet ce chirurgien éminent avait fait soutenir par un de ses élèves le Dr Baumann une thèse « *Sur la suppuration de la glande thyroïde* » 1856. Nous ne continuerons pas l'énumération de tous les cas de thyroïdites qui ont été observés depuis : nous nous bornerons à rappeler la thèse de Martinache (1861) les communications de Laure et Fochier et de D. Molière à la Société des sciences médicales de Lyon (1873), les thèses de Roellinger (1877) Galtier (1881), le mémoire remarquable que Charvot a publié dans la *Revue de chirurgie* de 1891, la thèse de notre ami Rascol,

enfin la communication toute récente de G. Marchant au Congrès français de chirurgie.

Nous rappellerons en terminant que c'est à partir de 1883 que la question entra dans une nouvelle phase lorsque Wolfler vint démontrer la présence de micro-organismes dans le pus d'abcès développés dans la trame du tissu du corps thyroïde.

LES

THYROÏDITES AIGÜES

Notions d'Anatomie et de Physiologie

On donne, depuis Warthon (1664) le nom de corps thyroïde à un organe d'aspect glandulaire, situé à la partie antérieure et moyenne du cou, au-dessous du larynx, au-dessus du creux sus-sternal, en avant de la trachée, à laquelle il est fixé. Après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire du cou sur la ligne médiane depuis le bord supérieur du cartilage thyroïde, jusqu'au creux sus-sternal, divisé l'aponévrose cervicale superficielle toujours sur la ligne médiane, il suffit d'écarter cette longue boutonnière verticale pour apercevoir le corps thyroïde en partie bridé par des lames musculaires. Ces muscles, qui passent en s'amointrissant sur le corps thyroïde, sont disposés de la façon suivante : du bord inférieur de l'os hyoïde partent quatre muscles, les sterno-hyoïdiens en dedans, les scapulo-hyoïdiens en dehors, qui, divergeant après leur origine, vont s'insérer à la partie supérieure du sternum dans la portion excentrique de sa première pièce au-dessous de la facette claviculaire. Les bords internes de ces deux muscles forment un triangle allongé à base inférieure qui laisse voir

l'isthme de la glande. Au-dessous de ce premier plan musculaire se trouvent les sterno-thyroïdiens, qui forment un triangle inverse du premier, c'est-à-dire dont la base est située en haut : des muscles s'étalent, s'aplatissent sur les parties latérales du corps thyroïde, souvent même on aperçoit dans l'aire lozangique constituée par ces groupes musculaires quelques fibres détachées du sterno-thyroïdien qui vont se perdre dans le corps thyroïde (G. Marchant).

Si, après avoir détaché ces muscles, on divise le feuillet aponevrotique mince qui réunit les deux omoplate-hyoïdiens, on pourra apprécier directement la forme du corps thyroïde. La glande est, en effet, contenue dans une enveloppe qu'on a longtemps niée, mais réelle, enveloppe cellulo-fibreuse lui formant une véritable capsule. Cette disposition a été mise à profit dans le procédé d'énucleation, d'évidement de Kocher, qui consiste dans la thyroïdectomie à séparer la tumeur de la capsule fibreuse qui forme comme une poche évidée au fond de la plaie, circonstance qui rendrait facile l'hémostase par tamponnement de la poche.

Quant aux connexions de la capsule d'enveloppe, les anatomistes ne sont pas d'accord pour savoir si elle représente une dépendance de l'aponévrose moyenne du cou, ou de l'aponévrose prévertébrale. Pour Sappey, elle se continue en bas avec l'aponévrose cervicale moyenne et, en arrière, elle se replie sur la paroi postérieure du pharynx et se continue avec elle-même pour embrasser toute la circonférence de ce conduit.

De cette enveloppe partent des cloisons et des sous-cloisons formant une charpente conjonctive de soutien et subdivisant le tissu glandulaire en segments ou lobules de

divers ordres. Les plus petits lobules ou granulations glandulaires représentent des groupes de vésicules (ou follicules) séparées elles-mêmes par des cloisons conjonctives intervésiculaires. Les vésicules sont des cavités closes pour la plupart des histologistes (d'après Virchow et Bréchat elles communiqueraient entre elles), de forme sphérique ou polyédrique, de 0,22 à 0,08 millim. de diamètre, limitées intérieurement par une couche continue, unique de cellules épithéliales polygonales.

Le corps thyroïde embrasse, pour ainsi dire, entre ses deux lobes, la trachée, le larynx et l'œsophage, et forme, avec la colonne cervicale (qui représente un plan résistant, incompressible), un canal dans lequel sont contenus ces divers organes. La résistance des plans musculaires qui recouvrent la glande, s'oppose assez efficacement à son développement du côté des téguments et la force ainsi à empiéter sur le canal laryngo-trachéal qu'elle comprime et déforme. L'athmosphère celluleuse qui l'enveloppe se continue avec le tissu cellulaire du médiastin et celui qui entoure les autres organes du cou, on conçoit donc la possibilité de fusées purulentes très étendues, de perforation de la trachée et de l'œsophage. — Nous rappellerons encore ses rapports avec la jugulaire interne, la carotide primitive le nerf pneumogastrique.

La vascularisation est considérable. En effet, quatre artères assez volumineuses pénètrent la glande par ces quatre angles : thyroïdienne supérieure, branche de la carotide externe, thyroïdienne inférieure, branche de la sous-clavière. Les veines sont également très nombreuses et accompagnent en général les artères. Un plexus très riche

est situé au niveau de l'isthme. Quoique volumineuses, ces veines, dit Tillaux, n'apportent que peu d'obstacle à l'extirpation du corps thyroïde, car elles s'affaissent rapidement après leur section.

Nous ne nous étendrons pas sur les fonctions du corps thyroïde ; nous rappellerons seulement comme hypothèses les plus admissibles : 1° le corps thyroïde sert de régulateur à l'irrigation sanguine dans la moitié supérieure du corps et plus spécialement du cerveau (Liebermeister, Jackson, Grützner, Forneris, Meckel, Guyon, Schüle, Kocker) ; 2° il jouerait un rôle hématopoiétique (Vest, King, Kohlransch, Valentin, Bircher).

Le désaccord est moins grand pour ce qui concerne le corps thyroïde considéré comme organe congestif directement lié aux actes génitaux (menstruation, défloration, grossesse, lactation). Déjà les anciens avaient noté une certaine relation (sympathie) entre le corps thyroïde et les organes génitaux. Meckel considérait la glande thyroïde « comme la répétition de la matrice au cou ». Malgaigne dans son traité d'anatomie chirurgicale s'exprime ainsi : « Les anciens pensaient que le cou grossissait chez la femme immédiatement après les premières approches de l'homme et cette idée s'est conservée dans le peuple jusqu'à nos jours. Ainsi quelques matrones mesurent encore la circonférence du cou d'une jeune mariée le jour et le lendemain des noces. Les physiologistes ont dédaigné ces traditions populaires, je dois dire cependant que sans leur accorder une grande valeur, elles ne sont pas sans fondement. Chez les femmes mariées depuis plusieurs années le cou est certainement plus large, et il m'a paru

« qu'il s'élargissait surtout par l'effet de la grossesse et de l'accouchement. C'est un sujet de recherches qui ne serait pas sans intérêt ». Il serait puéril de donner à cette tradition d'autre intérêt que celui de la curiosité : mais ce qu'il faut retenir c'est l'influence de la grossesse et de l'accouchement. Pendant la menstruation le corps thyroïde présente un gonflement souvent appréciable. Liégeois rapporte un fait très probant à cet égard.

Il n'est pas rare, dit Cazeaux, que la glande thyroïde s'hypertrophie pendant la grossesse, en dehors de toute influence endémique. Habituellement cette hypertrophie est peu considérable et ne produit aucune gêne. Quelques femmes cependant se plaignent de voir leur cou grossir et se déformer. Cette augmentation du volume du corps thyroïde diminue quelque peu après l'accouchement, mais il est rare qu'elle disparaisse complètement ».

Pour notre part ayant eu l'occasion, depuis 1889, de pratiquer un certain nombre de nécropses de femmes ayant succombé à des affections diverses peu de temps après l'accouchement, nous avons chaque fois trouvé une augmentation du poids de l'organe double, triple de la normale donnée par M. Sappey.

Ces quelques considérations étaient nécessaires pour faire comprendre pourquoi la thyroïdite est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, pourquoi une localisation fréquente c'est la thyroïdite puerpérale. Nous terminerons ce chapitre par un mot d'embryologie en rappelant sans entrer dans d'autres détails que depuis les recherches de Remak sur le poulet, de Kölliker sur le lapin, on s'accorde

généralement à considérer le corps thyroïde comme provenant du pharynx primitif, contrairement à l'opinion émise autrefois par Ratke et par Arnold qui le faisaient dériver des voies respiratoires.

Etiologie

Pour les anciens auteurs, le refroidissement brusque était tout dans la genèse des thyroïdites. Nous reléguerons au second plan cette cause banale de maladie. Il est aujourd'hui démontré que la cause initiale des inflammations aiguës du corps thyroïde c'est l'infection.

D'une manière générale, la thyroïdite est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. C'est ce qui résulte de l'examen des faits. Les congestions répétées auxquelles est sujette la glande pendant la période sexuelle expliquent cette fréquence : nous nous sommes du reste assez étendus à ce sujet dans notre précédent chapitre pour ne pas avoir à y revenir.

Une autre question qui se pose est celle de la prédisposition goitreuse décélée par la préexistence d'une petite tumeur thyroïdienne, par la constatation dans la famille de cette infirmité ou simplement par l'origine des malades. Malheureusement tous les observateurs n'ont pas pris le soin de noter, dans l'histoire de leurs malades, le lieu de leur naissance et leurs antécédents héréditaires ou personnels. Malgré cette lacune, le nombre des faits est suffisant pour permettre de conclure à la fréquence de cette prédisposition.

Le traumatisme, ici comme partout ailleurs, jouera également le rôle de cause prédisposante.

« Les épanchements sanguins dans le pareuchyme

« thyroïdien, dit Duplay, qu'ils soient provoqués par un coup, par un froissement de l'organe, ou qu'ils soient « spontanés, favorisent l'inflammation de l'organe ».

Guthrie a vu survenir une thyroïdite suppurée chez un malade sur qui il avait pratiqué l'amputation de la cuisse. Nélaton l'a considérée comme étant due à l'infection purulente.

Duguet a communiqué à notre ami Rascol l'observation d'une thyroïdite suppurée grippale, sans goître antérieur.

Une troisième variété serait la thyroïdite varioleuse déjà signalée par Liouville. D'après lui, elle se produirait dans les cas très graves.

Kocher, Zoiuovitch, Charvot, ont publié des observations de thyroïdites rhumatismales. M. Mollière, notamment, a observé une thyroïdite survenue chez une malade à la suite du rhumatisme articulaire aigu. La thyroïdite survint alors que toutes les articulations avaient cessé d'être douloureuses, et la courbe thermique de l'affection thyroïdienne fut identique à celle de l'affection articulaire.

L'observation que Cruveilhier avait fait publier en 1849, dans la *Gazette des Hôpitaux* avait trait à un malade atteint 6 semaines auparavant, de choléra. Il avait quitté l'hôpital depuis un mois et demi lorsque les premiers symptômes de la thyroïdite se déclarèrent. Cruveilhier était assez disposé à la considérer comme une thyroïdite rhumatismale.

On a noté des thyroïdites dans le paludisme (Smith Barton, Osiander, Fr. Gréco, Castellan, Charvot) ; la diphtérie (Wieite), les oreillons (Servier).

L'observation que G. Marchant a communiquée au Congrès de chirurgie était une thyroïdite à pneumocoques. M. Morax ayant fait l'examen du pus de l'abcès, communiqua la note suivante : « Une petite quantité de pus retiré avec une pipette stérilisée est étalée sur une lamelle, tandis qu'une autre partie est ensemencée sur du bouillon peptonisé. En examinant les lamelles, on y trouve les éléments du pus : un coagulum fibrineux et des pneumocoques encapsulés en grand nombre. A côté de ces pneumocoques on ne constate pas l'existence d'autres micro-organismes. Le bouillon ensemencé, mis à l'étuve à 32°, a donné le lendemain une culture abondante, rassemblée à la profondeur du tube. Le bouillon s'est légèrement troublé et décoloré. Les lamelles faites avec ce bouillon ont fait constater l'existence du pneumocoque de Talamon-Fraeukel à l'état pur. Sur agar-agar la culture a pris en 24 heures l'aspect caractéristique des cultures du pneumocoque, c'est-à-dire de petites colonies arrondies, transparentes, ayant l'air de gouttes de rosée à la surface de la gélose. »

M. Morax a inoculé également une souris blanche par une injection sous-cutanée de la culture dans le bouillon. La souris est morte trente heures après l'inoculation, et il a pu constater dans le sang des pneumocoques en grand nombre. Le bacille d'Eberth a été rencontré dans le pus d'un abcès thyroïdien par Kümmer et Tavel. Certes, de toutes les variétés de thyroïdites, la thyroïdite typhique est celle qui a donné lieu au plus grand nombre de travaux, et qui a peut-être été la mieux étudiée jusqu'ici.

Liebermeister, en 1878: Lebert, Hoffmann, Griesinger, Kocker, en ont cité des exemples. Lücke, dans la Pathologie

de Pitha et Bilbroth, signale également cette complication. En Amérique, Louis Starr a publié une observation sous le titre Cure spontanée d'un goître à la suite d'une fièvre typhoïde (*Philadelphia medical Times*. 1878). En France, Galtier, Pinchaud, dans leur thèse inaugurale, Forgeue, dans les archives de médecine militaire pour l'année 1886, retracent l'histoire clinique de malades atteints de thyroïdite au cours d'une fièvre typhoïde. Une dernière variété relativement fréquente, c'est la thyroïdite suite de couches. (Ob. de Kirmisson, de Kümmer et Tavel, où l'on a trouvé le streptococcus pyogenes).

Enfin, il est des cas où il y a eu inoculation directe de microbes de la suppuration dans la glande même. Telle l'observation que rapporte Martinache dans sa thèse d'une thyroïdite aiguë consécutive à l'injection iodée dans un goître kystique (mort quatre jours après l'opération).

Le professeur Le Dentu a observé récemment un cas de thyroïdite qui n'a pas abouti à la suppuration chez un malade porteur de lésions avancées de tuberculose pulmonaire. Nous pourrions peut-être considérer ce fait comme un exemple de thyroïdite bacillaire.

Anatomie Pathologique

L'inflammation se borne généralement à un des lobes : quand toute la glande est prise, les lésions sont plus accentuées d'un côté. Lebert, qui a eu l'occasion d'examiner deux fois des thyroïdites qui avaient entraîné la mort des malades sans arriver à la suppuration, a constaté que les tissus étaient congestionnés, rouge foncé, parsemés de petits points hémorragiques, assez ramollis pour donner une sensation de fluctuation.

Il y aurait, dit-il, une hyperplasie des cellules glandulaires avec dégénérescence graisseuse pigmentaire. La trachée est comprimée et d'autant plus rétrécie qu'elle est encore obstruée par un épaissement considérable de la muqueuse rouge, enflammée et même recouverte de fausses membranes.

La suppuration se produit d'abord, d'après Laure et D. Mollière, dans les points les plus rouges de la glande. Le pus reste longtemps infiltré ; à la coupe on le voit sourdre de toutes parts du parenchyme rouge enflammé ; le microscope montre qu'alors il siège dans les seules travées conjonctives. Plus tard il se collecte soit en une seule cavité soit en plusieurs foyers distincts. Ailleurs les travées sont détruites et les lobes glandulaires isolés se nécrosent au milieu du pus (thyroïdite disséquante de Lebert). Ailleurs, enfin, une véritable gangrène s'emparera de tout ou partie de la glande.

Nous signalerons enfin comme lésions de voisinage :

les fusées purulentes dans le médiastin ; la trachée comprimée, déformée, rétrécie ; sa muqueuse enflammée, épaissie et même recouverte de fausses membranes : les perforations de la trachée, de l'œsophage.

Symptômes

On voit rarement survenir l'inflammation du corps thyroïde chez un sujet en bonne santé, c'est habituellement dans le cours et surtout pendant la convalescence des maladies générales que la thyroïdite s'observe.

Généralement c'est par de la douleur, de la tension au niveau de la région antérieure du cou que l'affection débute ; ces phénomènes s'accompagnent parfois d'un mal de gorge assez intense (Cruveilhier), tantôt d'accès d'étouffement, d'un sentiment de strangulation et de gêne de la respiration et de la déglutition (Bauchet). Elle peut aussi débiter par une douleur vive dans une région voisine du cou, l'épaule, la nuque, par exemple, douleur qui se propage petit à petit à la région sous-hyoïdienne (Lowenhardt) par un malaise général, des symptômes typhiques, persistant pendant quelques jours avant qu'il soit possible de savoir à quelle affection on aura affaire (Laure, thyroïdite puerpérale).

Dans d'autres cas le corps thyroïde grossit lentement et ce n'est que plus tard qu'on voit se développer les accidents inflammatoires (Bauchet). Dans l'observation de M. Hardy, l'affection (goitre enflammé) a débuté par des frissons, des vomissements et de la diarrhée, phénomènes qui avaient fait diagnostiquer tout d'abord une gastro-entérite.

Les symptômes qui caractérisent l'affection qui nous occupe sont : la douleur, l'attitude particulière de la tête, la tuméfaction de la région antérieure et inférieure du cou avec ses caractères spéciaux, les troubles fonctionnels des organes en rapport avec le corps thyroïde et les phénomènes généraux. La douleur est constante, soit spontanée, soit provoquée par la pression. Son intensité est variable : parfois légère, elle est quelquefois très violente. Le malade de Cruveilhier présente une sensibilité telle de toute la région antérieure du cou, qu'on pouvait à peine toucher légèrement la surface de la peau : dans tous les cas observés par Bauchet la douleur était également très vive. La gravité de ce symptôme est du reste liée à l'état général du sujet, et son intensité n'est pas toujours en rapport avec la gravité de l'affection, témoin le malade Lawenhart, dont la thyroïdite s'est terminée par gangrène et qui n'accusait pas de très grandes souffrances : moins vives certainement que celles ressenties par les malades de Bauchet dont l'affection s'est terminée par résolution.

Quant au siège de la douleur, il est située au dessous du larynx, sur l'un des côtés ou sur les deux côtés de la trachée, rarement sur la ligne médiane. Il s'étend quelquefois sur toute la face antérieure du cou et sur les parties voisines, la nuque et l'épaule par exemple. Les contractions des muscles sterno-mastoldiens, qui recouvrent la glande tuméfiée et qui sont souvent soulevés par elle, les mouvements de la tête peuvent, dans certains cas, l'exaspérer, comme aussi l'action de parler et d'avaler.

L'attitude des malades, qui présentent une inflammation aigue du corps thyroïde, est à noter. La tête reste fixe,

fléchie, le menton incliné sur le sternum. Ils relâchent ainsi instinctivement les téguments, les aponévroses, les muscles de la région antérieure du cou ; muscles qui, soulevés par la tumeur, compriment la thyroïde et s'opposent par leur résistance à son accroissement en dehors.

C'est au bout de douze, vingt-quatre, trente-six heures après le début de la maladie, que généralement la tuméfaction se manifeste. Son siège est variable, elle peut occuper le lobe droit, le lobe gauche ou les deux lobes à la fois, ce qui est plus rare. Quand elle occupe les deux lobes, presque toujours elle est plus considérable d'un côté que de l'autre. Toute la partie antérieure du cou peut, dans ce cas, être tuméfiée jusqu'au bord inférieur du cartilage thyroïde et même au-dessus, en bas jusqu'à la fourchette du sternum et au-dessous. La partie médiane, celle qui correspond à l'isthme, peut être respectée et alors les deux lobes tuméfiés se portant obliquement en haut et en dehors, en partant de l'extrémité interne de la clavicule, laissent entre eux une dépression verticale, un sillon très manifeste, au fond duquel on peut sentir la trachée. Ce sillon peut ne pas persister pendant toute la durée de la maladie ; il disparaît quand l'inflammation prend des proportions considérables.

La tumeur inflammatoire est plus ou moins bien circonscrite ; quelquefois on ne peut pas la limiter ; d'autres fois au contraire, on peut la saisir et l'isoler, ses limites sont alors nettes et distinctes, et sa forme correspond assez exactement à celle du corps thyroïde.

Par la palpation, on peut se rendre compte que la tumeur est assez profondément située : et il est, en général, facile de voir qu'elle suit les mouvements du larynx : qu'elle.

est mal limitée du côté de la trachée sur laquelle elle repose ; enfin qu'elle n'est pas adhérente à la peau.

Le volume de la tumeur augmente graduellement, jusqu'à atteindre celui d'un œuf, d'une pomme. Dans quelques cas la tuméfaction est plus considérable, ce qui tient à l'inflammation du tissu cellulaire péri-thyroïdien.

La peau qui recouvre la tumeur est généralement chaude, tendue et luisante, les veines superficielles sont gonflées et se dessinent sous la peau, les teguments restent pendant quelque temps bien mobiles. — Toutes ces explorations exigent de la douceur, de la prudence, car elles sont fort douloureuses et peuvent exagérer brusquement certains phénomènes de compression dont la trachée souffre déjà. De là une dyspnée sur laquelle se greffent, dans des faits assez rares, il est vrai, des accès de suffocation. Souvent il existe une toux sèche, fréquente, amenant quelquefois une expectoration sanglante. Une véritable hémoptysie peut survenir, être même un symptôme de début (Stromeyer, Berger). Bauchet conteste les troubles de phonation ; la plupart des auteurs ont cependant observé que la voix est rauque, et cela peut aller jusqu'à l'aphonie (Laure). Les veines du cou se dilatent, les douleurs irradiées (par compression du plexus cervical et brachial) augmentent à cette période, se compliquant exceptionnellement d'une parésie du bras. Parmi les phénomènes rares, il faut noter les nausées et les vomissements (Lebert) que Hardy explique par l'irritation du pneumogastrique.

Ces accidents de compression sont susceptibles de causer une mort rapide avant toute suppuration (Lebert,

Risdon, Bennet, Virchow). Mais en règle générale, ils ne deviennent sérieux que lorsque la thyroïdite suppure.

Il existe presque toujours des symptômes généraux dont l'intensité est variable. D'abord la fièvre qui peut être très élevée, et qui s'accompagne de son cortège habituel, anoréxie, céphalalgie, soif vive, etc.

La céphalalgie n'est pas simplement celle que commanderait une réaction fébrile de cette intensité. Elle est plus vive, aggravée de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, d'agitation, de délire même. Avec cela la face est rouge, vultueuse, congestionnée ; les épistaxis ne sont point rares.

Marche, Durée, Terminaisons

La thyroïdite, à part les cas exceptionnels où elle entraîne la mort presque immédiate, peut se terminer par résolution, par induration, par suppuration, par gangrène.

Bauchet, qui a donné de la résolution une description restée classique, s'exprime ainsi : « la tumeur, apparue vers le deuxième jour, grossit du troisième au cinquième ou au sixième jour ; puis elle diminue à partir de ce moment et disparaît du quinzième au vingtième jour à peu près. Pendant la première période, les symptômes vont en s'aggravant ; ils restent stationnaires pendant un jour ou deux, puis ils disparaissent plus ou moins vite suivant les sujets, suivant le traitement qui a été mis en usage ».

D'après Lebert la résolution est souvent assez brusque et ne s'accompagne pas de phénomènes critiques. Ailleurs elle est plus lente et ne s'établit franchement qu'après quelques rémissions temporaires.

Quelques auteurs se demandent si, même après la résolution, la glande revient tout à fait à l'état normal. Parfois de petits noyaux indurés persistent pendant longtemps, et cela nous conduit aux cas sujets à discussion, où l'inflammation passe à l'état chronique, devient goître fibreux.

Au bout du sixième ou septième jour, quelquefois même avant, les symptômes locaux et généraux au lieu de s'amender, augmentent d'intensité. Les douleurs sont plus profondes, plus pulsatives ; la fièvre augmente, avec de

petits frissons irréguliers. Le gonflement œdémateux gagne la peau et le tissu sous-cutané, s'étend sur le haut de la poitrine, ainsi que vers la région sus-hyoïdienne. Il faut tenir grand compte de ce symptôme, car la lenteur possible de la fluctuation ferait parfois trop retarder l'incision.

Les causes de cette lenteur sont multiples : le pus est long à se collecter ; en outre une fois le foyer formé, la fixation de la poche sur les parties profondes est difficile. La fluctuation échappe aisément dans un kyste thyroïdien, à plus forte raison lorsque la moindre pression est douloureuse ou cause un accès de suffocation, et les tissus péri-thyroïdiens sont enflammés, empâtés. Aussi Lebert conseille-t-il de ne pas trop s'y fier, et d'assurer la précocité de l'incision par une ponction exploratrice, faite dès qu'on soupçonnera la présence du pus. C'est qu'à cette période il ne faut pas attendre. Les phénomènes de compression sont au maximum, la dyspnée surtout ; P. Franck, alors âgé de sept ans, asphyxiait lorsque, d'urgence, un barbier lui incisa son abcès thyroïdien. De plus, si le pus tend en général, à marcher vers la peau, on doit toujours redouter qu'il aille causer dans la profondeur, des désordres considérables. — Il peut se faire jour dans la trachée, dans l'œsophage, dans le larynx, dans la cavité pleurale, dans le médiastin antérieur, dans le médiastin postérieur. Voici un tableau que nous empruntons à M. G. Marchant, qui permettra de se rendre compte de la fréquence de l'ouverture anormale des foyers suppurés, soit dans un organe du cou, soit dans le thorax :

Médiastin antérieur (1 cas Lucke).

Médiastin postérieur (1 cas Lebert).

Dans la cavité pleurale (1 cas Lebert).

Dans l'œsophage (2 cas Kocher).

Dans le larynx (1 cas Lebert).

Dans la trachée (9 cas. — 1 cas de Kocher. — 6 cas de Riberi. — 1 cas de Veil. — 1 cas de Krishaber).

La migration vers la peau cause de la rougeur et de l'empâtement, puis son amincissement et sa perforation. Le pus qui s'écoule est ordinairement louable, d'après Lebert ; souvent au contraire sanglant, fétide d'après Bauchet ; quelquefois mélangé de gaz.

Une fois le pus évacué, la guérison est rapide ; elle est plus lente s'il y a élimination de fragments glandulaires mortifiés (thyroïdite disséquante), ou si des abcès successifs s'emparent de lobules isolés. Elle est lente, surtout si on laisse l'ouverture se faire spontanément ; elle traîne alors pendant des semaines et peut laisser une fistule comme celle que P. Franck a portée de 7 à 16 ans.

Dans un abcès ainsi ouvert à la peau, Groetzner a vu le cartilage thyroïde dénudé au fond de la plaie s'exfolier ensuite et le malade guérir. Si la lésion s'accroît davantage, les cartilages du larynx ou de la trachée sont détruits et le pus fait irruption dans les voies aériennes (Monteggia, Baillie). Cette ouverture est grave, mais non toujours mortelle, et Riberi l'a vue se terminer trois fois par guérison. Elle est précédée par des accès de suffocation, plus aigus encore lorsque, dans une quinte de toux, le pus est expulsé.

L'ouverture dans l'œsophage est plus rare ; elle se fait pendant un effort de vomissement (Schœninger, Eulenburg). Ce qui est grave surtout, c'est la diffusion de l'inflammation

autour de la thyroïde et de là dans le médiastin antérieur ou postérieur. La mort est alors à peu près constante ; elle a terminé les observations de Monteggia, de Burns. Elle est plus fatale encore lorsque la plèvre est perforée (Lebert). Nous signalerons ici, à cause de sa rareté, une observation présentée par Lélars à la Société anatomique (1886). Un kyste thyroïdien suppuré a ulcéré la carotide primitive et la jugulaire interne, et le malade est mort d'hémorrhagie. L'abondance des veines a fait dire à Cruveilhier que les suppurations thyroïdiennes sont prédisposées à la septicémie et à l'infection purulente.

La terminaison par gangrène est relativement assez fréquente. (Observations de Riberi, Zipp, Löwenhardt, Vimppel, Eulenburg, Middeldorf). Elle survient au cours de la deuxième semaine. La peau est d'un rouge livide, violacée, elle est distendue par des gaz dont la crépitation rend la présence évidente ; l'état général est grave, adynamique. Puis, après ouverture, on voit au milieu d'un pus infect, la thyroïde sphacélée tout entière ou à peu près. Après élimination, il reste une vaste plaie bourgeonnante au fond de laquelle sont la trachée, l'œsophage, avec les carotides qui battent, et même la crosse de l'aorte. Il est digne de remarque que les malades guérissent encore assez souvent, malgré ces délabrements énormes. Sur 7 observations, Lebert enregistre 4 guérisons et constate que la destruction totale de la glande n'a pas été suivie de troubles ultérieurs de l'économie.

Diagnostic et Pronostic

On ne confondra pas la thyroïdite avec la congestion simple. Ces deux affections se produisent apparemment dans les mêmes conditions, et il est souvent assez difficile de savoir quand la congestion cesse pour donner lieu à des phénomènes inflammatoires. La fièvre sera, dans ce cas, le meilleur des critères. On ne confondra pas davantage la thyroïdite avec les *névralgies cervicales* et *cervico-brachiales*, la présence de la tumeur lèvera tous les doutes. Ce dernier symptôme serait encore suffisant pour ne pas croire à une angine aigüe, à laquelle dès l'abord la douleur à la déglutition peut faire penser, si l'on n'avait eu soin de constater tout de suite l'absence de rougeur de la gorge. Les adénites aiguës se distinguent surtout par leur siège l'empatement rapide des tissus voisins et de la peau ; par l'existence d'une lésion cutanée ou muqueuse sur le territoire correspondant. Le siège encore est différent dans les *nyosites* du sterno-mastoïdien. Dans le phlegmon large du cou, l'inflammation est plus superficielle, la peau plus rouge, l'empatement plus diffus, la déglutition moins pénible. L'erreur est moins facile à éviter avec la laryngo-chondrite ; elle avait été faite dans un cas publié par Gaucher, où au lieu d'une thyroïdite on trouva une nécrose partielle du cartilage thyroïde ; il n'y avait pas d'ascension de la tumeur pendant les mouvements de déglutition.

Nous devons dire enfin un mot du sarcome de la thyroïde. Il peut sembler bizarre, ainsi que le fait remarquer

Broca, de parler ici du sarcome de la thyroïde ; mais un jour Billroth (d'après Voelfler) a incisé une tumeur de cette nature. Cela prouve que l'erreur est parfois excusable. Pour reconnaître la présence du pus, il ne faudra pas trop se baser sur la fluctuation, longue à apparaître (quinze à vingt jours), difficile à percevoir, même en la recherchant méthodiquement, c'est-à-dire après avoir fixé avec une main le corps thyroïde qui fuit sous les doigts, tandis que l'autre exerce une palpation profonde. Il faudra plutôt tenir compte de ces phénomènes locaux (état luisant, rosé, de la peau, circulation veineuse collatérale, mollesse élastique succédant à la dureté œdème de la peau, quelquefois crépitation), et généraux (frissons irréguliers, accès intermittents, fébriles, etc.), sur lesquels nous avons suffisamment insisté.

Pronostic. — Lebert a trouvé sur 50 cas que la résolution s'est produite 13 fois, la suppuration 32 fois ; deux fois la mort a eu lieu sans suppuration, et sur les 32 cas suppurés, 11 ont été mortels. Au total la thyroïdite entraîne la mort dans 1/3 des cas.

D'une façon générale le pronostic est donc grave, mais pour être plus exact, on devra tenir compte de la cause et de l'état antérieur de la glande.

Traitement

La thyroïdite comporte un traitement général et un traitement local. Dans l'application du traitement général, les indications seront fournies par la maladie générale, cause première de la localisation thyroïdienne. Ainsi il est évident que dans la thyroïdite rhumatismale l'emploi du salicylate de soude sera justifié, le sulfate de quinine dans la thyroïdite palustre. A côté de ce traitement que nous pouvons appeler médical, il y a un traitement chirurgical.

Il serait téméraire de notre part de vouloir formuler un mode d'intervention dans une région si délicate. Les veines volumineuses et nombreuses qui sillonnent la région, la vascularisation propre de la glande, le voisinage de vaisseaux, de nerfs, de conduits dont les lésions seraient incompatibles avec la vie sont de nature à inspirer des craintes salutaires à l'opérateur le plus hardi. Il faut donc d'abord que le chirurgien sache qu'il s'expose à une grosse opération lorsqu'il entreprend une intervention sur le corps thyroïde. Künmmer, qui a acquis une assez grande expérience dans ce genre d'opérations, sans conseiller pour tous les cas l'extirpation totale ainsi qu'il l'a pratiquée avec succès dans les deux cas qu'il rapporte dans la *Revue de Chirurgie*, croit cependant oser affirmer que, pour les strumites suppurées, l'extirpation, si possible sans ouverture du kyste, doit être considérée en principe comme le traitement idéal, car il supprime d'un coup le foyer de la maladie, en

mettant ainsi le malade à l'abri d'une suppuration très prolongée et d'une récédive, ce qui est à craindre toutes les fois que le traitement n'a consisté qu'en une simple incision. L'extirpation totale du lobe malade est surtout, dit-il, des plus avantageuses, dans les cas où l'évacuation du pus devient nécessaire dans une période où il se trouve encore logé dans la profondeur de la glande.

Dans ces cas-là, l'incision regardée généralement comme le traitement opératoire le plus simple, peut devenir des plus difficiles, à la suite de l'hémorrhagie, et l'on peut se voir obligé dans le courant d'une pareille incision de procéder à l'extirpation du lobe. Une autre considération doit faire préférer en principe l'extirpation d'une strumite suppurée, à toute autre méthode de traitement ; c'est le fait que la strumite ne se développe ordinairement pas dans une glande thyroïde normale, mais dans une glande hypertrophiée, qui elle-même est justiciable de l'extirpation.

M. Nicaise ne peut accepter que l'extirpation soit posée en principe comme traitement de la thyroïdite. Au début les résolutifs et l'antisepsie intestinale ; quand il y a du pus l'incision avec toutes les précautions aseptiques et antiseptiques voulues suffisent. L'extirpation doit être réservée, d'après lui, aux cas particuliers où un symptôme spécial, tel que la dyspnée rend cette opération nécessaire.

Le mode de traitement conseillé par M. Nicaise est celui qu'ont suivi G. Marchant, Kirmisson ; c'était déjà du reste la pratique de Nélaton et de Gosselin. M. Duguet dans le cas de thyroïdite grippale, dont l'observation est rapportée dans la thèse de notre ami Rascol, a pratiqué une ponction avec aspiration, le malade a guéri au bout de trois

semaines, Nous dirons donc que ce qu'il importe c'est d'évacuer le pus, aussitôt que possible, soit au moyen d'une ponction aspiratrice simple, soit au moyen d'une incision suivie ou non de curettage ainsi que le conseille Rascol ; et que lorsque les phénomènes réactionnels tels que dispnée, cyanose, sont très accentués, on pourra d'emblée avoir recours à l'extirpation de la poche.

Dans ce cas comme pour l'extirpation du goître, l'ablation ne devra jamais être complète pour ne pas amener les symptômes de la cachéxie strumiprive.

Quand la thyroïdite est tout à fait au début, au premier stade de l'inflammation, quand elle n'est pas encore suppurée, peut-être de larges onctions d'onguent napolitain belladonné, des applications permanentes de compresses humides antiseptiques pourront-elles favoriser la résolution. Malheureusement, dans la plupart des cas, ces moyens abortifs ne réussissent guère et n'empêchent pas la suppuration de se produire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Communiqué par M. le D^r G. Marchant, chirurgien des Hôpitaux,
au Congrès français de chirurgie de 1891.

Thyroïdite à pneumocoques.

Femme de 67 ans. Cette femme raconte que vers l'âge de 18 à 20 ans elle présenta une sorte de goitre qui s'accroissait surtout pendant les périodes cataméniales, disparu depuis l'âge de 45 ans. Il y a 6 semaines pneumonie (1^{re} semaine de Janvier). Au commencement de février gonflement du cou. A son entrée à l'hôpital Laënnec le 15 Mars : tumeur fluctuante, peau rouge, livide surtout dans la partie culminante de la tumeur. Ponction exploratrice, suivie d'une large incision, d'où découle une grande quantité de pus verdâtre. Examen bactériologique. M. Morax, interne des hôpitaux attaché au laboratoire de M. Cornil, prit dans la plaie une petite quantité de pus avec une pipette stérilisée, l'étala sur des lamelles, tandis qu'une autre partie futensemencée sur du bouillon peptonisé. En examinant les lamelles, on y trouve les éléments du pus : un coagulum fibrineux et des pneumocoques encapsulés en grand nombre. A côté de ces pneumocoques, on ne constate pas l'existence d'autres micro-organismes.

Cultures. — Le bouillonensemencé mis à l'étuve à 32° a donné le lendemain une culture abondante, rassemblée à la profondeur du tube. Le bouillon s'est légèrement troublé et décoloré. — Les lamelles faites avec ce bouillon ont fait

constater l'existence du pneumocoque de Talamon-Fraenkel à l'état pur.

Sur agar-agar la culture a pris en 24 heures l'aspect caractéristique des cultures du pneumocoque, c'est-à-dire de petites colonies arrondies transparentes, ayant l'air de gouttes de rosée à la surface de la gélose.

M. Morax a inoculé également une souris blanche par une injection sous-cutanée de la culture dans le bouillon. La souris est morte trente heures après l'inoculation et il a pu constater dans le sang des pneumocoques en grand nombre.

OBSERVATION RÉSUMÉE

(M. Kirmisson)

Thyroïdite suppurée à la suite d'accidents puerpéraux (strumite). — Revue de thérapeut. médico-chirurgicale. 1884, t. XXXII, page 484.

Femme de 32 ans. Depuis l'âge de 11 ans petit goître, à la première grossesse augmentation notable du volume de la tumeur ; retour à l'état primitif l'accouchement terminé. Chacune des sept autres grossesses que présenta la malade fut également marquée par un accroissement facilement appréciable de la tumeur.

Phlegmatia alba dolens localisée à la jambe gauche à la suite du septième accouchement.

Il y a cinq mois huitième accouchement. Hémorrhagie abondante après la délivrance. Quelques jours après fièvre élevée (40°), pour descendre ensuite graduellement et s'éteindre dans l'espace de 6 jours. Envoyée au Vésinet, la malade y est prise de frissons et de fièvre qui nécessitent son transfert à l'hôpital Necker. La température s'élève encore à 40°. En outre la tumeur du cou s'est accrue d'une façon insolite et détermine de la raideur et une gêne considérable des

mouvements ; elle devient en même temps douloureuse ; la malade croit avoir un torticolis. Les symptômes généraux s'amendant, la fièvre ayant disparu, la malade quitte l'hôpital Necker au bout de trois semaines et rentre chez elle.

Environ sept semaines plus tard, de nouveaux frissons avec de la fièvre et des sueurs surviennent chaque jour dans l'après-midi. De nouveau la tumeur augmentait de volume et devenait le siège d'élançements douloureux. C'est alors que la malade entre à la Pitié dans le service de M. Kirmisson.

La tumeur occupe à peu près toute la hauteur du cou et maintient la tête dans une légère extension. Largement étalée au-devant du larynx, auquel elle adhère intimement, elle déborde de chaque côté la région cervicale et ne peut subir que des déplacements latéraux auxquels participe le larynx. La surface est régulière, arrondie ; les léguments rouges tendus et chauds ; la fluctuation est très nettement appréciable, particulièrement du côté gauche un peu plus développé que le côté opposé. Des battements isochrones aux pulsations de la carotide, soulèvent la tumeur, au travers de laquelle se transmettent également les bruits carotidiens qui n'ont pas le caractère de souffles anormaux. Autant que le permet son volume, la tumeur suit les mouvements de déglutition.

Une ponction aspiratrice confirme le diagnostic de kyste suppuré du corps thyroïde posé par M. Kirmisson.

250 grammes de pus extrêmement fétide sont retirés de la tumeur. La malade continue à avoir de la fièvre et, le 29 Août, l'évacuation de la poche purulente est provoquée à l'aide d'un gros drain traversant de part en part la tumeur. Le pansement se fait avec la gaze de Lister ; des injections phéniquées sont pratiquées dans l'intérieur de la poche ; cette intervention suffit à procurer la guérison qui fut entravée seulement par deux accidents (1^o petit abcès à la partie

antérieure du goitre communiquant avec le trajet primitif ; 2° poussée fébrile sans suite 3 semaines après).

Finalement la malade quitta l'hôpital complètement guérie.

M. Kirmisson termine cette intéressante observation par les réflexions suivantes : « Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est la suppuration survenant dans un goitre très ancien, sous l'influence de la septicémie puerpérale ; l'intérêt du fait est encore augmenté par l'examen bactériologique pratiqué par M. Nepveu. Dans le pus se trouvaient des micro-organismes de deux formes, les uns sphériques, les autres, véritables bâtonnets, oblongs, à extrémité arrondie ; ils étaient animés de mouvements caractéristiques ; quelques-uns étaient associés deux à deux ; ils se coloraient facilement par la solution d'aniline fuschinée. Ces organismes, conclut Nepveu, sont les déridés directs de ceux qui ont pénétré dans le sang pendant la septicémie puerpérale. Ils ont trouvé dans la glande thyroïde hypertrophiée et kystique un lieu favorable à leur reproduction et ont ainsi produit les phénomènes de suppuration.

OBSERVATION III

(M. Lannelongue. — Thèse Rascol 1891).

Ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia droit. Arthrite purulente du genou gauche ; abcès de la région thyroïdienne (Staphylococcus aureus),

Jeune enfant de 1 an. — Gros rhumes de temps à autre. Rougeole au mois de Juin 1890 (il y a un mois).

Actuellement gourme ; écorchures dans le pli interfessier ; derrière l'oreille. Il y a huit jours, gonflement dans le genou gauche et l'extrémité supérieure de la jambe. Pas de rougeur de la peau ni d'œdème bien marqué. Il y a deux jours, douleurs à l'extrémité supérieure de la jambe droite,

gonflement œdème, rougeur, etc., tous les signes d'une ostéomyélite.

Opération. Tibia droit dénudé sur une grande étendue.

Trépanation. Pus très abondant dans le canal médullaire. Articulation du genou gauche, épanchement purulent avec grumeaux. L'articulation communique avec un abcès de la face externe de la jambe. Fusée purulente vers le mollet. On ne trouve pas de dénudation sur la face externe. Drainage. Pas de trépanation du tibia. Quelques jours après abcès maxillaire. Ostéomyélite du maxillaire inférieur du côté droit.

Incision d'une collection siégeant au niveau de la membrane thyro-hyôïdienne.

Examen bactériologique.

18 Juillet : Ostéomyélite du tibia droit. — Ensemencement sur gélose-aureus. — Ensemencement sur bouillon-trouble. — Ensemencement sur gélose sans peptone-strie.

18 juillet : Arthrite du genou gauche. — Ensemencement sur gélose-aureus. — Ensemencement sur bouillon-trouble. — Ensemencement sur gélose sans peptone-strie.

23 Juillet. — Ensemencement sur gélose avec la gélose du 18, aureus.

24 Juillet. — Ensemencement sur gélatine avec la gélose du 23. liquéfaction rapide.

23 Août : Abcès thyroïdien. — Ensemencement sur gélose-aureus. — Ensemencement sur bouillon-trouble. — Ensemencement sur gélose sans peptone-strie épaisse et taches jaunes à la surface.

OBSERVATION IV

(Revue de chirurgie, 1891. — Mémoire de MM. Kummer et Tavel).

Strumile typhique.

Mademoiselle Lina R..., 26 ans, entre à l'hôpital Butini, à Genève, le 20 octobre 1890, comme cas d'urgence. Elle est affectée d'une dyspnée considérable à la suite d'une enflure du cou. Dès l'âge de 12 ans, la malade a eu le cou gros, surtout du côté droit ; différents onguents et frictions n'amenèrent aucune diminution de ce que la malade considérait comme un goître. En faisant de gros ouvrages et en montant les escaliers, elle a le souffle court et sent vite une fatigue dans les jambes. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, la malade fut atteinte, sans cause apparente, de maux de ventre et de diarrhée, attribuées par elle à des raisins. Malgré l'emploi de divers médicaments, le dérangement intestinal persévéra, accompagné de fièvre jusqu'à la veille de l'entrée à l'hôpital.

Deux jours après le début de ce dérangement, la malade sentit des douleurs dans le côté droit du cou, qui peu à peu enfla considérablement. La douleur s'irradia jusque derrière l'oreille droite ; l'enflure augmenta encore, la peau devint infiltrée, douloureuse à la pression, en même temps que la malade se sentit oppressée, au point de ne plus pouvoir rester étendue sur son lit. Il y a quatre ans, la malade souffrit d'un rhumatisme articulaire aigu, qui guérit complètement sans répercussion du côté du cœur. A part cela, l'état général de la malade a toujours été bon.

Respiration, 45 ; pouls, 135 ; température, 38°,3.

Le cou est tuméfié, surtout du côté droit ; à cet endroit la peau, d'aspect normal, mobile, est légèrement infiltrée. La pression avec le doigt est douloureuse, le muscle sterno-mastoïdien est soulevé, la carotide déjetée en arrière, on ne peut pas palper l'artère thyroïdienne supérieure ; le larynx

est déjeté à gauche, sa ligne médiane se trouve dans le prolongement d'une perpendiculaire partant de l'angle interne de l'œil gauche ; la tuméfaction du côté droit du cou est de consistance dure, partout égale, à surface lisse, la tumeur monte un peu par la déglutition. Du côté gauche du larynx et de la trachée, se trouve également une tuméfaction mais de consistance beaucoup plus molle que celle du côté droit, et qui n'est pas douloureuse à la pression. La voix n'est pas rauque ; à l'inspection du palais on ne remarque rien d'anormal. Au laryngoscope on constate une torsion évidente du larynx avec sa partie postérieure à gauche. Les mouvements des cordes vocales sont normaux ; point d'infiltration de la muqueuse. Sur les deux poumons, on entend des râles secs, sur le cœur un bruit systolique mais pas de signe évident d'un vice organique. Nous admettons une strumite du lobe droit de la glande thyroïde et, le lendemain, nous procédons à l'extirpation de ce lobe de la manière suivante :

Incision cutanée en forme d'angle, le rayon supérieur oblique de haut en bas et de droite à gauche, le rayon inférieur, vertical. On coupe alors le muscle peaucier ainsi que les muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens, considérablement aplatis et élargis. On prépare les vaisseaux thyroïdiens supérieurs, qu'on coupe entre deux ligatures. A cet endroit, le nerf laryngé inférieur est également isolé sur une étendue de plusieurs centimètres. On constate plus tard que la terminaison du nerf avait été coupée lors du détachement de la paroi postérieure. Comme il n'existe pas de véritable isthme, on est obligé de faire une ligature en masse derrière laquelle on coupe le lobe droit au thermocautère. Il reste du côté gauche de la trachée le lobe gauche de la glande thyroïde passablement tuméfié et un peu plongeant, mais on n'y touche pas, pour ne pas s'exposer au danger de la cachexie strumiprive. La trachée se trouve des deux côtés considérablement aplatie et présente la forme

caractéristique de gaine de sabre. La cavité est désinfectée au sublimé et la plaie fermée sans drainage sur toute l'étendue par une suture de soie et recouverte d'un pansement antiseptique. Les suites de l'opération furent des plus simples. La température la plus élevée, 38°2, a été observée le soir du lendemain de l'opération. Les fils de soie ont été enlevés le surlendemain de l'opération. Puis le moignon derrière la ligature en masse se nécrose et est expulsé sans fièvre. La malade est maintenant parfaitement guérie. A la suite de la section du nerf laryngé inférieur, elle a conservé une paralysie de la corde vocale droite. Le kyste suppuré a pu être extirpé sans ouverture quelconque, il a été enveloppé dans un linge imbibé d'une solution au 1 00/0 et envoyé à M. le docteur Tavel pour l'examen bactériologique. Voici son rapport :

« La tumeur me parvient le 22 octobre 1890 au matin. Je procède immédiatement à l'examen de la tumeur qui présente deux kystes bien distincts, l'un petit, assez étendu, l'autre plus gros, d'une consistance plus molle. La tumeur est placée pendant un quart d'heure dans un bain de sublimé acide à 1 0/0. Le kyste le plus résistant est alors cautérisé au fer rouge à sa surface, puis un fin couteau porté au rouge dans la flamme est plongé rapidement dans le kyste, faisant ainsi une petite ouverture par laquelle s'échappe un liquide sanguinolent brunâtre.

Inoculation immédiate à deux tubes d'agar.

Inoculation immédiate à trois tubes de gélatine, dont deux liquéfiés qui servent à faire des plaques.

Tous ces tubes restent absolument stériles. Microscopiquement, le liquide se compose de corpuscules rouges, de cellules épithéliales de grosseur différente et de quelques cellules de granulation. Je ne trouve ni cellules de pus ni microbes, soit par la méthode de Löffler soit par celle de Gram.

Le kyste plus gros est ensuite ponctionné de la même

manière ; il s'en écoule un liquide jaune paille trouble, mêlé de lamelles de cholestérine déjà visibles à l'œil nu. Le liquide ne présente aucune odeur et se compose microscopiquement de cellules de pus en grand nombre, de rares globules rouges, de cellules épithéliales et de cristaux de cholestérine.

Les cellules de pus présentent en partie une dégénérescence graisseuse prononcée.

Déjà sous coloration, on voit à la goutte pendante de petits bacilles qui ne paraissent pas mobiles. A la coloration, d'après la méthode de Löffler, à la fuschrine, d'après la méthode de Ziehl, on voit que ces bacilles sont ou isolés, ou deux par deux ou en groupes plus ou moins grands. Ces bacilles ne se colorent pas par la méthode de Gram. Leur grandeur est assez uniforme. Ils sont deux ou trois fois plus longs que larges, quelques rares exemplaires sont plus longs encore. Leur largeur moyenne est de 0,8^{mm}. On obtient les meilleures colorations avec le bleu de Löffler chaud.

L'inoculation pratiquée immédiatement après l'incision du kyste est faite à un tube de gélatine en piqûre.

A trois tubes de gélatine liquéfiée dont on réinocule cinq autres tubes de gélatine pour faire des plaques à différents degrés de dilution.

A un tube agar glycériné.

A un tube agar sucré.

A un tube agar ordinaire.

Deux cobayes sont inoculés chacun sous la peau du ventre avec un demi centimètre cube du liquide kystique.

Dans le tube de gélatine en piqûre, il se développe une culture qui s'étend irrégulièrement à la surface de la gélatine, d'un aspect nacré, blanchâtre, sans bosselures ni dessins concentriques ou radiés. Pas trace de liquéfaction par la suite. Dans la profondeur, le long de la piqûre, il se développe de petites colonies arrondies, très rapprochées,

blanchâtres, sans expansions latérales, sans coloration de la gélatine.

Dans les trois tubes de gélatine liquéfiée inoculée chacun avec une partie du liquide, il se développe plusieurs centaines de colonies qui présentent toutes les mêmes caractères.

Celles de la surface de la gélatine solidifiée, l'éprouvette étant couchée presque horizontalement, sont peu épaisses, à bords irréguliers frangés ; celles qui sont développées à l'intérieur de la gélatine sont rondes ou légèrement discoïdes, aucune trace de liquéfaction à la fin de décembre.

Un grand nombre de colonies examinées montrent toutes le même bacille. Les plaques de 1^{re}, 2^e et 3^e dilution présentent toutes des colonies identiques.

Sur l'agar, le développement est faible dans la piqûre. A la surface la colonie s'étend jusqu'aux bords et forme un enduit grisâtre mais peu épais. Pas trace de développement de gaz. L'absence de développement de gaz dans l'agar sucré, signe absolument constant de plusieurs bacilles du canal intestinal, et en particulier d'un bacille que j'ai déjà rencontré dans un cas de strumite après catharre intestinal, me fit supposer que nous avions affaire au bacille d'Eberth. Il s'agissait donc de faire un diagnostic différentiel qui est toujours long et délicat. Comme point de comparaison, j'avais à ma disposition une culture de typhus provenant du professeur C. Fraenkel (Kœnigsberg) une culture de bacilles du typhus trouvés dans un cas précédent de strumite qui sera relaté dans un travail d'ensemble sur ce sujet, et les cultures de deux bacilles analogues, mais non identiques, trouvés dans des cas de strumite après catarrhe intestinal simple.

Notre bacille est très mobile dans les cultures fraîches sur agar, les mouvements sont moins vifs dans les cultures sur gélatine, comme on le voit aussi pour le typhus.

Les bacilles sont moins grands et surtout moins longs

dans les cultures sur agar que sur gélatine ; ils mesurent de 0,7 à 1° de largeur et la longueur est de 2 à 3 fois sa largeur dans les cultures sur agar, tandis que sur gélatine quelques filaments atteignent une assez grande longueur. La coloration ne me permet pas de trouver le moindre caractère différentiel avec le typhus.

Des cultures sur pommes de terre présentaient des caractères plus typiques pour nos deux bacilles que pour la culture du typhus, contrôle qui, plusieurs fois, produisit une légère coloration brunâtre de la pomme de terre, particularité relevée déjà par plusieurs auteurs et relevée encore tout récemment par Babès dans un travail « *Über variabilität et variationalen du typhus bacillus* » *Zeitschrift für, hygiène.* B^d IX. Helt 2, 1890.

La culture sur bouillon présente aussi les caractères ordinaires : troubles diffus avec dépôt au fond de l'éprouvette sans formation de pellicule à la surface, particularité qui me paraît importante à relever eu égard à la fréquence de sa production par beaucoup de bacilles du canal intestinal. Acidification du bouillon légèrement alcalin, signe relevé par Petruschsey, enfin conservation de la couleur jaune clair, du bouillon, tandis que beaucoup de bacilles analogues donnent au bouillon une teinte rougeâtre.

J'ai constaté aussi, d'après la méthode indiquée par Kitasato, que la réaction de l'indol manquait complètement.

La méthode de Vincent ne me donna de bons résultats, ni pour notre bacille, ni pour le typhus de contrôle.

L'inoculation aux souris resta sans effet comme c'est le cas ordinairement pour le typhus. Chez les deux cobayes inoculés avec le liquide de l'abcès, il se développa des abcès à la place d'inoculation ; ils n'en moururent ni l'un ni l'autre.

La recherche bactériologique de la selle envoyée par le Dr Kümmer et obtenue après la cessation de la diarrhée

au moyen d'un purgatif, ne me permit pas de découvrir les colonies du bacille du typhus ; j'ai en compensation trouvé des bacilles très analogues mais pas identiques à ceux que j'ai trouvés et décrits autrefois dans un cas de strumite après catarrhe intestinal. Ils n'en diffèrent que par leur moindre mobilité sur agar ; leurs autres caractères et leur action pathogène étant du reste égale.

Immédiatement après l'examen bactériologique, la tumeur est partagée ; la coupe présente trois parties distinctes : le premier kyste ponctionné renferme de la matière colloïde hémorrhagique brun noir, de consistance gélatineuse. Le kyste enflammé a une paroi d'un demi-centimètre d'épaisseur, de consistance fibreuse, hyperémie du côté de l'intérieur du kyste.

La face interne du kyste est irrégulière et bosselée, présente des proéminences papilliformes et des excroissances irrégulières fortement vascularisées. Outre ces deux kystes, on voit sur la coupe quelques noyaux de tissu colloïde, séparés les uns des autres par du tissu glandulaire normal ; une des moitiés durcies à l'alcool est examinée au laboratoire d'anatomie pathologique, par M. le professeur Langhaus et le Dr Horvald. Je traduis ici leur rapport histologique : « La paroi de l'abcès est formée par le tissu d'un « goître colloïde avec alvéoles plus ou moins grands, renfermant de la matière colloïde. Entre ces alvéoles, il n'y a que peu de stroma d'aspect normal. A la face interne se trouve une large zone de tissu nécrosé. Là les noyaux se colorent très-mal, le tissu renferme beaucoup de leucocytes multinucléaires, on y remarque aussi par endroits beaucoup de vaisseaux très dilatés sans endothélium distinct et rempli de corpuscules rouges. »

Je poursuivis de mon côté l'examen bactériologique de la paroi du kyste abcédé. Dans la couche externe de la paroi du kyste, composée essentiellement de tissu fibreux englobant des îlots de tissu colloïde, on ne trouve nulle

part de bacilles ni dans les vaisseaux ni dans les parties présentant de l'infiltration cellulaire. En suivant sous le microscope la face interne de la paroi dont la surface est très irrégulièrement bosselée on voit çà et là entre les cellules mal colorées et en grande partie nécrosées des bacilles isolés ou en petits groupes. A différents endroits on voit entre les proéminences papillaires de la paroi des fentes du tissu dans lesquelles se trouvent des groupes plus nombreux de bacilles formant des trainées qu'on peut poursuivre assez avant dans le tissu nécrosé. Il n'est pas partout possible de déterminer la nature du tissu dans lequel se trouve les bacilles.

La plupart de ces trainées paraissent être dans les fentes lymphatiques qui séparent les canaux glandulaires : par places, j'ai pu constater la pénétration des bacilles dans les alvéoles mêmes, à d'autres endroits enfin les bacilles sont dispersés irrégulièrement entre les cellules. Leur grandeur est égale à celle des bacilles trouvés dans le pus. En général les exemplaires isolés sont plus grands que les individus réunis en groupes.

Une grande partie d'entre eux présente un espace clair au milieu. La coloration qui m'a le mieux réussi est le bleu de Löffler à 40° et décoloration avec : acide acétique, un demi pour cent, eau, alcool, huile de cidre, xylol et baume.

Les caractères morphologiques, biologiques et pathogènes du bacille d'Eberth sont si caractéristiques, qu'il ne peut y avoir de doute au sujet du diagnostic, les nombreux bacilles pseudo-typhiques décrits présentant tous des signes distinctifs qu'un examen approfondi ne peut pas méconnaître. Tantôt c'est la liquéfaction lente, tantôt le manque de mobilité, la coloration de la pomme de terre ou de la gélatine, ou bien des différences de croissance dans le bouillon ou de décoloration de milieux colorés.

Dans l'intestin en particulier, il n'y a pas de bacilles

qui puissent être confondus avec celui du typhus, si l'on tient compte des signes de diagnostic différentiel. D'autre part, ni les cultures, ni l'examen microscopique n'ayant pu faire découvrir d'autres microorganismes pour expliquer l'inflammation et la suppuration de ce kyste de la glande thyroïde, force nous est d'admettre le rôle étiologique du bacille typhique trouvé.

OBSERVATIONS V. (M. Duguët)

Suppuration diffuse de la région thyroïdienne consécutive à la grippe; ponction avec aspiration : guérison.

Caroline J..., 35 ans, ménagère, est envoyée le 22 avril 1891 par son médecin, le Dr Jeamin, à M. le Dr Duguët, qui la fait placer dans son service, salle Bernutz, n° 26. Née dans la Marne, la malade ne présente ni de son côté, ni du côté de ses parents aucun antécédent important. Elle était d'une santé parfaite, quand dans la journée du 28 mars dernier, elle fut prise de maux de tête, de frissons et de fièvre. Le lendemain, les mêmes phénomènes persistèrent avec une intensité plus grande et avec une courbature générale et une grande douleur lombaire. Après avoir souffert pendant trois ou quatre jours, la malade fit appeler son médecin, le docteur Jeamin, qui constata chez elle l'existence d'une grippe à forme pulmonaire, avec bronchite généralisée et embarras gastrique. Chaque soir la fièvre était plus vive. Dix ou douze jours après le début, la malade ressentit des douleurs avec élancements dans la partie gauche du cou, le long du trajet de la jugulaire qui semble plus grosse; mais en même temps, toute la région antérieure du cou se mit à augmenter fortement de volume et rapidement au dire de la malade. Toujours est-il que la respiration devint de plus en plus gênée; les accès de suffocation s'ajoutèrent à la dyspnée devenue de l'orthopnée; la

malade n'eût plus de repos ni jour ni nuit. C'est dans ces conditions que son médecin l'amena dans le service de M. Duguet, le 22 avril, à la visite du matin. M. Duguet constata alors une augmentation considérable, mais régulière de la région autéro-latérale du cou, surtout dans la moitié inférieure, avec empâtement général, rappelant bien celui d'un goître diffus, mais douloureux à la pression. Les mouvements de déglutition n'amènent pas, comme dans le goître ordinaire, à soulever cette masse empâtée et diffuse ; ils sont d'ailleurs douloureux.

Les veines superficielles sont fortement tuméfiées et le facies est bleuâtre, comme plombé.

La respiration est très gênée, il y a un véritable cor-nage résultant de la compression de la trachée.

A l'auscultation, on constate que le murmure vésiculaire est faible avec adjonction de râles sibilants et ronflants. Température : 39°.

La mensuration du cou donne : en bas, 40 centimètres ; au milieu, 37 ; en haut 34,5.

Cet état persiste, sans s'aggraver pourtant, du 22 au 26 ; la malade restant assise sur son lit, sommeillant un peu de temps en temps, mais en réalité ne dormant pas et s'alimentant avec quelques tasses de bouillon et de lait. La fluctuation étant douteuse, M. Duguet pratique, le 26, en avant et à gauche du cou, une ponction exploratrice avec la seringue de Roux ; il retire une certaine quantité de pus sanguinolent, qui, examiné au microscope par son interne M. de Saint-Germain, très compétent en ces sortes de recherches, est reconnu comme contenant des diplocoques encapsulés, absolument analogues au pneumococque de Fraenkel. Les cultures et les inoculations ont, du reste, parfaitement confirmées les données de cet examen.

Les jours suivants, l'état reste stationnaire avec une température qui varie entre 38° le matin et 39° le soir et une orthopnée ni plus ni moins menaçante.

La diminution de l'empâtement n'ayant pas lieu spontanément, M. Duguet pratique le 30, sur la région antérolatérale gauche du cou une ponction, et retire avec l'aspirateur cinquantes grammes environ de pus sanguinolent. On renouvelle avec ce liquide, l'examen qui a été fait précédemment et on obtient de tous points les mêmes résultats.

A partir de ce moment la fièvre oscille entre 37° le matin et 38° le soir ; la dyspnée diminue, le volume du cou également, le cornage cesse, la malade peut se coucher et dormir couchée, l'appétit renaît. Tout en un mot tend rapidement à rentrer dans l'ordre. — A la date du 20 mai, avant que la malade ne parte pour le Vésinet, on ne provoque plus aucune douleur en pressant sur le cou ; la déglutition est facile aussi bien que la respiration, mais il persiste en bas et en avant un certain empâtement profond, qui donne à penser à l'existence antérieure d'une certaine hypertrophie du corps thyroïde, à l'existence préalable en un mot, d'un petit goître à ce niveau.

OBSERVATION VI.

Revue de chirurgie, 1891. — Mémoire de MM. Kümmer et Tavel.

Strumite après accouchement.

M^{me} R..., 31 ans, entrée à l'hôpital Butini le 17 septembre 1890 pour une enflure au cou accompagnée de douleurs qu'elle fait remonter au 15 juillet 1890, daté de sa quatrième et dernière couche.

Jeune fille, la malade avait déjà le cou gros, et après son mariage, le cou grossissait après chacune de ses couches pour diminuer ensuite. Après son dernier accouchement le cou au lieu de diminuer augmenta de volume en causant de la dyspnée. Les couches avaient été normales à l'exception d'une hémorrhagie qui se manifesta quelques

jours après, mais cessa promptement sans aucun traitement spécial. Le 22 août dernier, à 2 heures de l'après-midi, la malade fut, sans cause apparente, prise d'un violent frisson qui dura deux heures. Peu après, le cou commença à enfler et à devenir douloureux à la pression, surtout du côté gauche ; les douleurs s'irradient jusque derrière l'oreille gauche. L'application de compresses, de pommades calma les douleurs ; cependant la malade dont la respiration était très gênée vint consulter vers le 15 septembre.

Elle ne connaît aucune cause à cette brusque crise survenue le 22 août et dit expressément n'avoir souffert à ce moment ni de diarrhée, ni de vomissements, ni d'angine ni de laryngite ; elle est convaincue que c'est à ses dernières couches qu'il faut imputer l'affection du cou.

A l'examen, la malade présente les symptômes suivants : le cou est enflé, particulièrement du côté gauche où la peau est infiltrée et légèrement rougeâtre. Cette tuméfaction monte et descend lors de la déglutition ; le muscle sterno-cléido-mastoïdien est soulevé ; l'artère carotide gauche déjetée en arrière. La tuméfaction est de consistance dure sa surface bosselée, douloureuse à la pression ; le bord de la tumeur arrive jusqu'au milieu de la hauteur du cartilage thyroïde ; il n'est pas possible de palper le pourtour inférieur de la tumeur, même lors de la déglutition. La tumeur plonge derrière la clavicule où elle produit une matité jusqu'au point d'insertion de la deuxième côte.

Du côté droit de la trachée, on sent le lobe droit de la glande thyroïde de volume à peu près normal, de consistance molle et contenant quelques noyaux plus durs. Derrière le muscle sterno-mastoïdien droit, on sent une série de petits noyaux qui pourraient correspondre à des glandes lymphatiques engorgées. A l'inspection du palais on ne constate rien d'anormal.

L'application de cocaïne n'empêche pas la malade d'être

très-sensible à l'examen laryngoscopique ; on peut cependant constater que la mobilité de la corde vocale gauche est normale. Les poumons, le cœur, l'abdomen ne présentent rien d'anormal. La malade n'a pas de fièvre. Tout porte à croire que l'on a affaire à une strumite développée dans le bord inférieur de la glande thyroïde. La malade n'ayant pas de fièvre, on se contente, durant la première quinzaine de son séjour à l'hôpital, de combattre les symptômes d'inflammation locale par des pommades et des compresses.

Aucune amélioration n'étant survenue, la malade accepte alors notre proposition d'éliminer le foyer purulent par une opération qui eut lieu le 1^{er} octobre 1890.

Narcose au chloroforme ; préparations antiseptiques, nous coupons la peau par une incision en forme d'angle. A travers la peau infiltrée, nous atteignons les muscles peaucier, sterno-thyroïdien et sterno-hyoïdien, que nous coupons ; nous procédons ensuite à la ligature des vaisseaux thyroïdiens supérieurs. Il s'agit alors de faire basculer hors de la cavité thoracique la tumeur qui y est logée dans sa plus grande étendue, ce qui ne peut se faire qu'au moyen du doigt. Nous lions ensuite les vaisseaux inférieurs, nous les coupons, mais en finissant d'attirer avec un peu de force la tumeur intra-thoracique, nous déchirons une veine dont l'ouverture est fermée immédiatement par un tampon de gaze stérilisée qui reste en place jusqu'au premier changement de pansement. Le foyer purulent ayant été ouvert durant l'opération, nous préférons ne pas fermer la plaie que nous remplissons de gaze stérilisée ; par dessus nous plaçons un coussin en laine de bois. Une petite alerte se produisit dans l'après-midi du jour de l'opération. Par le fait de la compression du pansement, la malade eut un accès de suffocation qui obligea la diaconesse à couper le pansement et à enlever quelques tampons superficiels. La température qui, le soir de l'opération, était de 39°, 4, rede vint complètement normale à partir du troisième jour.

Le lendemain de l'opération, on change les tampons contre d'autres imbibés d'une solution de thymol à 1 00/00— Nous continuâmes le traitement ouvert de la plaie jusqu'à la complète guérison qui arriva sans accident notable. Complètement guérie, la malade quitte l'hôpital le 3 novembre 1890. Elle se sent considérablement soulagée au point de vue de la respiration. La voix est parfaitement normale et notre malade se distingue dans les petits concerts que les malades du service organisent entre elles. — Immédiatement après l'opération, j'ai remis la tumeur à M. le docteur Tavel.

Voici son rapport sur l'examen bactériologique et histologique : — « Je fais immédiatement des inoculations sur gélatine et sur agar et des préparations colorées du pus recueilli à la face interne de l'abcès. — Outre les cellules de pus, on voit avec la méthode Löffler passablement de streptocopes et seulement à quelques places des groupes de bacilles plus ou moins gros et des cristaux d'hématoidine. Avec la méthode de Gram Weigert, on voit une très grande quantité de streptocoques en partie mal colorés et déformés, comme c'est le cas dans les vieilles cultures ou dans les abcès de date ancienne. On voit aussi quelques rares groupes de bacilles épais bien colorés. Les petits bacilles déjà décrits ne se colorent pas par la méthode de Gram. Les cultures sur agar donnèrent lieu au développement des trois espèces décrites microscopiquement, mais pas à autre chose, en particulier pas à des staphylocoques.

Les plaques de gélatine furent bientôt liquéfiées. L'examen histologique fut fait à l'institut pathologique par M. le professeur Langhans et le docteur Howald qui étudient actuellement les maladies de la glande thyroïde. Je traduis leur rapport : « Goitre colloïde avec alvéoles plus ou moins grands à épithélium aplati, séparés les uns des autres par des travées de tissu conjonctif également en dégénérescence colloïde. » — La paroi de l'abcès a une épaisseur moyenne

de 1 centimètre. Elle se compose d'un tissu conjonctif pauvre en cellules avec des groupes d'alvéoles colloïdes. Dans le reste du tissu, on voit de nombreux foyers de formes et de grandeurs différentes, composés d'un amas de leucocytes à un ou plusieurs noyaux. Les vaisseaux sont très dilatés.

Sa face interne est formée par places d'un tissu de granulations friables et comme déchiré.

L'examen bactériologique de la paroi est des plus intéressants. La face interne de la paroi de l'abcès est presque partout garnie de streptocoques ; par endroits on voit aussi des bacilles. Mais tandis que nulle part on ne voit des bacilles dans l'intérieur du tissu, il est au contraire facile de poursuivre des trainées de streptocoques dans les fentes du tissu et dans les voies lymphatiques. L'infiltration microbienne est surtout forte dans les endroits où le tissu est nécrosé, ainsi que dans les parties où le tissu de granulations a l'aspect déchiqueté déjà décrit. L'intensité de la coloration des streptocoques d'après la méthode de Gram est très variable.

Dans les foyers isolés de la paroi, on trouve aussi et seulement des streptocoques.

Leur nombre est surtout assez grand dans les foyers où il y a déjà fonte centrale dans l'infiltration cellulaire. Le petit nombre des bacilles qu'on ne voit qu'en petits groupes à la surface de la préparation ; le fait que nulle part dans les foyers isolés on ne peut en trouver, la prédominance des streptocoques, leur disposition dans le tissu et leurs propriétés de coloration peuvent nous faire admettre avec certitude que les bacilles trouvés sont accidentels et ne jouent aucun rôle étiologique dans ce cas-ci, tandis que les streptocopes sont la cause initiale de l'inflammation et de la suppuration du goître.

OBSERVATION VII (*personnelle*).

Le 20 juillet 1889 est admise d'urgence Salle Valleix, n° 1, dans le service de notre maître le Dr Landouzy, la nommée X..., 21 ans. Il est malheureusement impossible d'obtenir des renseignements de la malade sur ses antécédents héréditaires ou personnels ; elle est complètement aphone. Cependant nous avons pu savoir d'une personne qui l'avait accompagnée à l'hôpital qu'elle avait accouché pour la première fois il y a un mois, et qu'au bout de quelques jours elle aurait repris son travail de domestique. Elle n'a pas remarqué qu'elle eut avant sa maladie actuelle le cou plus développé que de coutume, et elle l'a vue malade depuis cinq à six jours.

Actuellement l'état de la malade est très grave. La température atteint 40° 2, le pouls est à 130, la respiration est extrêmement gênée, c'est de l'orthopnée. Le nombre des mouvements respiratoires s'élève à 40, avec cela le facies est vultueux, les veines du cou dilatées et saillantes. Cette gêne considérable de la respiration, symptôme qui nous frappe le plus, est en rapport avec une tuméfaction du volume d'une grosse mandarine siégeant à la partie inférieure du cou.

Si on examine avec soin la tumeur, pour chercher à préciser ses limites, on constate que celle-ci existe au niveau de la partie antérieure du cou, dans la région sous-hyoïdienne dans l'espace qui existe entre les deux sterno-mastoïdiens ; on remarque en outre que son maximum de développement correspond au côté gauche du cou. Sa forme est assez régulièrement arrondie, elle est d'une consistance médiocrement dure, élastique, un peu mobile, pouvant être déplacée latéralement, et se déplaçant spontanément dans le sens vertical lorsqu'elle obéit aux mouvements du larynx.

Il existe à ce niveau une élévation facilement appréciable de la température locale.

La peau est parfaitement mobile sur la tumeur sous-jacente. La pression exaspère violemment la dyspnée en sorte qu'il nous est impossible de pouvoir affirmer que la fluctuation existe.

En arrière et à gauche la tumeur paraît se prolonger sous le sterno-mastoidien. On constate encore une sensibilité vive à la pression au niveau du bord postérieur de ce muscle, dans le triangle sus-claviculaire.

En bas, la tumeur a pour limite la clavicule et la fourchette du sternum ; en haut elle se perd en pointe sous le sterno-mastoïdien.

Si on examine la tumeur de profil, on voit qu'elle est soulevée par des battements artériels. En l'auscultant avec le stéthoscope, celui-ci est fortement soulevé et on perçoit les battements sans aucun bruit de souffle. La pression de l'instrument est excessivement douloureuse, de sorte que cet examen est difficile.

On ne trouve rien du côté de la gorge quoiqu'il existe une dysphagie absolue. Rien non plus du côté des poumons, du cœur, de l'abdomen.

Le lendemain matin persistance des mêmes phénomènes. Le Dr Landouzy pense qu'une intervention est nécessaire, et il fait prier le Dr Blum de vouloir bien se rendre auprès de notre malade.

Malheureusement elle succomba avant d'avoir reçu le secours de la chirurgie.

Autopsie.

Le lobe gauche du corps thyroïde est transformé en une poche purulente : le lobe droit un peu augmenté de volume renferme également un peu de pus sanguinolent en son centre. La trachée est un peu déformée.

Les poumons sont sains. Le cœur présente au niveau du ventricule gauche et sur un des muscles papillaires deux petits abcès miliaires.

On trouve également de petits abcès miliaires sur les deux reins qui sont fortement congestionnés.

Le foie est gros, mou. L'intestin est normal ainsi que l'utérus et ses annexes.

L'examen bactériologique fait par M. Legrand a démontré dans le pus la présence du streptococcus pyogenes.

CONCLUSIONS

L'inflammation aiguë de la glande thyroïde saine est relativement rare. Elle doit être considérée comme une localisation d'une infection générale.

On l'observe surtout chez des sujets adultes et plus souvent chez la femme.

Elle s'accompagne dans la grande majorité des cas et dès le début de phénomènes réactionnels graves. Le malade accuse des douleurs s'irradiant du point enflammé et l'on constate une tuméfaction d'abord localisée, intéressant toute la glande ou seulement un des lobes et s'étendant peu à peu sur toute la région antéro-inférieure du cou. Les veines de la région sont dilatées, la face rouge, et l'on observe dominant tout le tableau symptomatique des phénomènes de compression des vaisseaux (cyanose, céphalalgie, vertiges, épistaxis) de l'appareil de la déglutition et des organes respiratoires, pouvant quelquefois commander une intervention immédiate.

Le phlégon peut guérir par résolution, mais plus souvent il se termine par suppuration avec ouverture du côté de la peau, dans le médiastin, dans la trachée, dans l'œsophage; quelquefois par gangrène.

La mort peut être due à une asphyxie par compression, à l'ouverture de l'abcès dans la trachée, à des fusées purulentes dans le médiastin, à la pyohémie, à la septicémie. Le

traitement doit être : pansement antiseptique humide au début, ouverture de l'abcès et au besoin extirpation de la poche lorsque la suppuration est manifeste.

Vu : le Président de la thèse,

A. LE DENTU.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

LISTE DES OUVRAGES

DONT NOUS NOUS SOMMES SERVIS POUR LA RÉDACTION
DE CETTE THÈSE

- Bauchet*. — De la thyroïdite (goître aigu) et du goître enflammé (goître chronique enflammé). *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie*. 1857, t. IV, p. 19, 52, 75 et 92.
- A. Broca*. — Art. Thyroïdite du Dictionnaire encyclp. des sciences médicales.
- Id.* — Art. Thyroïdite du Traité de Chirurgie Duplay-Reclus.
- Chantreuil*. — Thyroïdite aiguë dans l'état puerpéral. *Gaz. des Hôpitaux*, 1866, page 693.
- Charvot*. — Etude clinique sur les goîtres sporadiques infectieux. *Revue de Chirurgie*, 1890, page 70.
- Cruveilhier*. — Inflammation de la glande thyroïde et du tissu cellulaire environnant, survenu dans la convalescence d'un choléra. *Gaz. des Hôpitaux*, 1849, p. 220.
- Galtier(H.)*. — De la thyroïdite aiguë primitive. Etat actuel de la question. Thèse doctorat, Paris 1881.
- G. Marchant*. — Art. Thyroïde du Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.
- Id.* — Communication au Congrès français de chirurgie. 1891.
- Martinache*. — De l'inflammation aiguë du corps thyroïde ou thyroïdite. Thèse doctorat. Paris, 1861.
- Pinchaud*. — Des thyroïdites aiguës dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Thèse de doctorat, Paris, 1881.
- Rœllinger*. — De la thyroïdite aiguë. Thèse doctorat, Paris, 1881.
- Rascol*. — Contribution à l'étude des thyroïdites infectieuses. Thèse doctorat. 1891, Paris.
- Vulpian*. — Thyroïdite aiguë rhumatismale. Obs. de Raymond résumée par Révillout, int. *Gaz. des Hôpitaux*, 1877, p. 570.

